

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	GARCIA	MARIA ENEDINA	10	01	1972	53 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307111607	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA LOS CHONANAS MANZANA 27 VILLA 3 y SN	098-157-6848 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307111607	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	03	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 53 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN VARIAS ARTICULARES DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE QUE EN OCASIONES CUADRO SE AGUDIZA EN EL CUAL TIENE LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO DE LA ARTICULACIÓN DE LOS BRAZOS Y LAS INTERFALANGICAS DE MANOS. PACIENTE REFIERE QUE EN CASOS DE DOLOR SE AUTOMEDICA CON PARACETAMOL, TENIENDO LEVE MEJORIA DE SINTOMAS PERO SIN MEJORIA COMPLETA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR EN ARTICULACION INTERFALANGICAS DE LAS MANOS, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN ARTICULACIONES DE LARGA DATA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	09:20	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	09:20	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	